

Tratamento da hiperlipidémia: objectivos e selecção

Autores: Hannu Vanhanen e Timo Strandberg

Criado a 09.02.2007

Traduzido e adaptado a 16.06.2009

Regras básicas

Os objectivos são:

- Prevenção secundária da doença arterial. (O grupo dos indivíduos com diagnóstico de doença arterial é o mais importante para tratamento).
- Diminuição do risco de doença arterial aterosclerótica de acordo com o risco total (efeito combinado dos factores de risco). A determinação do risco de doença arterial pode ser facilitada pela utilização de diferentes calculadoras de risco (por exemplo, SCORE).
 - Notar que o SCORE apenas fornece a probabilidade de morte; o risco de doença arterial é significativamente mais elevado.

- O objectivo primário é a alteração dos estilos de vida em todos os doentes.

- Excluir hipercolesterolemia secundária antes de iniciar tratamento farmacológico (TSH sérica, glicémia em jejum, análise sumária de urina).

- O objectivo do tratamento é manter:

- colesterol total sérico inferior a 5,0 mmol/L (\approx 193 mg/dl) (inferior a 4,5 mmol/L \approx 174 mg/dL nos indivíduos de alto risco)
- colesterol LDL sérico inferior a 3,0 mmol/L (\approx 116 mg/dL) (em indivíduos de alto risco, inferior a 2,5 mmol/L \approx 97 mg/dL).
- colesterol HDL sérico superior a 1,0 mmol/L (\approx 39 mg/dL)
- triglicéridos séricos inferiores a 2,0 mmol/L (\approx 177 mg/dl)
- *ratio* colesterol total sérico : colesterol HDL sérico inferior a 4,0

- O tratamento da diminuição da concentração sérica de colesterol HDL e da hipertrigliceridémia é provavelmente benéfico, pelo menos em doentes com diabetes mellitus não-insulino dependente.
- A concentração sérica de triglicéridos deverá ser inferior a 10 mmol/L (\approx 886 mg/dL) para minimizar o risco de pancreatite.

Doentes com cardiopatia isquémica

- Nos doentes com cardiopatia isquémica o risco de enfarte do miocárdio ou morte por causa cardíaca aumenta de forma abrupta com o aumento da concentração sérica de colesterol total.
- A eficácia da farmacoterapia foi claramente demonstrada em estudos controlados (Nível de Evidência A)ⁱ. A concentração sérica alvo de colesterol total é inferior a 4,5 mmol/L (\approx 174 mg/dL) (colesterol LDL inferior a 2,5 mmol/L \approx 97mg/dL). Há evidência de que os doentes com doença coronária beneficiam com níveis de LDL inferiores (bem inferiores a 2 mmol/L \approx 77mg/dL).
- Ver tabela 1.

Tabela 1. Hipercolesterolémia em doentes com cardiopatia isquémica

Colesterol total (mmol/L)	Colesterol LDL (mmol/L)	Risco de progressão de doença	Acção
\geq 4,5 (\approx 174mg/dL)	\geq 2,5 (\approx 97mg/dL)	Muito aumentado	Melhorar a dieta, alterar estilos de vida, controlar os níveis de colesterol em 1 - 2 meses. Reduzir o risco modificando outros factores de risco. A terapêutica está sempre indicada quando os níveis alvo não são atingidos.

Doentes com outras doenças ateroscleróticas (doença cerebrovascular, doença arterial periférica)

- Ver acima.

Indivíduos assintomáticos

- O alvo geral para os níveis séricos de colesterol total é inferior a 5,0 mmol/L ($\approx 193\text{mg/dL}$) (colesterol LDL abaixo de 3,0 mmol/L $\approx 116\text{ mg/dL}$). Quando se consideram indicações para intervir deve ter-se em conta a idade, o sexo e o risco total do doente. (O grupo mais importante é o dos indivíduos profissionalmente activos.) Ver tabela 2.

- Nos indivíduos assintomáticos de alto risco o valor-alvo para a concentração sérica de colesterol total é inferior a 4,5 mmol/L ($\approx 174\text{ mg/dL}$) (colesterol LDL inferior a 2,5 mmol/L $\approx 97\text{ mg/dL}$).

Tabela 2. Hipercolesterolemia em indivíduos assintomáticos

Colesterol total (mmol/L)	Colesterol LDL (mmol/L)	Risco de progressão de doença	Ação
$\geq 8,0$ ($\approx 309\text{mg/dL}$)	$\geq 6,5$ ($\approx 251\text{mg/dL}$)	Muito aumentado	Determinar factores de risco. Melhorar a dieta e alterar estilos de vida. Avaliar os níveis de colesterol em 1 a 2 meses. Há indicação para terapêutica farmacológica quando não forem atingidos valores próximos dos níveis-alvo. A probabilidade de doença hereditária é alta. Investigar os familiares.
6,5 – 7,9 ($\approx 251\text{-}305\text{mg/dL}$)	5,0 – 6,4 ($\approx 193\text{-}247\text{mg/dL}$)	Moderadamente aumentado	Determinar factores de risco e iniciar terapêutica pela dieta. Avaliar os níveis de colesterol em 2 a 4 meses. Medidas adicionais (farmacoterapia) conforme o resultado da dieta e outros factores de risco. As doenças hereditárias do metabolismo dos lípidos são possíveis (e deverão ser tratadas do mesmo modo que em doentes com níveis de colesterol total superior a 8 mmol/L $\approx 309\text{ mg/dL}$).
5 – 6,4 ($\approx 193\text{-}247\text{mg/dL}$)	3,0 – 4,9 ($\approx 116\text{-}189\text{mg/dL}$)	Discretamente aumentado	Aconselhar dieta saudável e determinar factores de risco. Medidas adicionais de acordo com outros factores de risco. Avaliar o colesterol total após cerca de 5 anos.

Doentes idosos (> 80 anos)

- Neste grupo etário não existem estudos aleatorizados de prognóstico.
- A idade biológica e o prognóstico global deverão ser tidos em conta no momento da decisão de tratamento, especialmente naqueles com doença arterial.
- Os princípios do tratamento são os mesmo que para doentes mais jovens.

Referências

Cannon CP, Braunwald E, McCabe CH. Intensive versus moderate lipid lowering with statins after acute coronary syndromes. *N Engl J Med.* 2004 Apr 8;350(15):1495-504

ⁱ O efeito das estatinas na mortalidade e incidência de eventos coronários na prevenção secundária da cardiopatia isquêmica

Sumários de Evidência, 31.07.2007

Nível de evidência = A

O tratamento com sinvastatina é eficaz na diminuição da incidência de enfarte agudo do miocárdio não-fatal, necessidade de cirurgia coronária e mortalidade por cardiopatia isquêmica nos doentes com angina de peito ou enfarte agudo do miocárdio prévio

O ensaio 4S¹ incluiu 4444 doentes com angina de peito ou enfarte agudo do miocárdio (EAM) prévio e concentração sérica de colesterol entre 5,5 e 8,0 mmol/L sob dieta hipolipemiante. Os doentes foram aleatorizados entre tratamento duplamente cego com sinvastatina ou placebo. Durante um período de *follow-up* médio de 5,4 anos a incidência de EAM não-fatal diminuiu (RR 0,66, IC95% 0,59 – 0,75, $p < 0.00001$) em comparação com o placebo, a necessidade de cirurgia coronária diminuiu em 37% ($p < 0.00001$) e a mortalidade por cardiopatia isquêmica diminuiu (RR 0,58, IC95% 0,46 – 0,73). A mortalidade global diminuiu em 30%. A diminuição foi totalmente explicada pela diminuição na mortalidade por cardiopatia isquêmica. O benefício do tratamento foi evidente nos homens e mulheres, em jovens e idosos (idade igual ou superior a 65 anos) e o efeito não foi dependente da concentração sérica basal de colesterol.

Referência:

1 Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S) *Lancet* 1994 Nov 19;344(8934):1383-9.